

В.Н. Анисимов¹, О.Н. Эргашев², А.В. Финагентов³, В.Х. Хавинсон⁴

ИНТЕГРАЛЬНАЯ ОЦЕНКА БИПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИЯ СОСТАВЛЯЮЩИХ СИСТЕМНОЙ ПОДДЕРЖКИ

¹ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова, 197758, Санкт-Петербург, п. Песочный, ул. Ленинградская, 68, e-mail: aging@mail.ru; ² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8, e-mail: ergashev@mail.ru;

³ Северо-Западный институт гериатрии и социально-медицинского проектирования, 190005, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, 118А, лит. Л, e-mail: szipc@mail.ru; ⁴ Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии, 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3, e-mail: ibg@gerontology.ru

В статье рассмотрены проблемы определения нуждемости граждан старших возрастных групп в комплексной медико-социально-психологической помощи в рамках реализации персонифицированного подхода к предоставлению услуг. Вводится понятие интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых граждан и предлагается алгоритм ее проведения, основанный на ранжировании обследуемых по степени снижения функций организма вследствие старения и развития ассоциированных с возрастом заболеваний. Обоснована возможность и показаны особенности использования этого алгоритма на примере Санкт-Петербурга как модельного региона с учетом его технического, кадрового и организационного потенциала. Сформулированы требования по реализации составляющих системной поддержки оказания комплексной медико-социально-психологической помощи пожилым гражданам в процессе организационно-технического обеспечения интегральной оценки их биопсихосоциального статуса.

Ключевые слова: качество жизни пожилых граждан, интегральная оценка биопсихосоциального статуса граждан старшего поколения, скрининговое обследование, комплексная гериатрическая оценка состояния пациента, ассоциированные с возрастом хронические заболевания, социализация пожилых граждан, составляющие системной поддержки оказания комплексной медико-социально-психологической помощи пожилым гражданам

Поступательное увеличение численности людей старшего поколения в структуре населения характерно для большинства экономически развитых стран и ставит перед социально ответственным государством новые задачи, связанные с необходимостью организации эффективной и экономичной медико-социально-психологической поддержки этих граждан.

Значительная часть людей, недавно преодолевших этап выхода на пенсию, стремится продолжить

трудовую деятельность для сохранения относительно высокого уровня материального благополучия, которое в современном обществе является критерием социального статуса человека. На практике эти возможности ограничены как отношением нанимателей, так и психофизиологическим потенциалом и состоянием здоровья пенсионеров. Возрастные изменения в организме человека не всегда имеют выраженные проявления, как и процессы преждевременного старения. Наличие у гражданина своевременно не выявленных ассоциированных с возрастом хронических заболеваний может оказывать существенное влияние на его здоровье как в текущий момент, так и в долгосрочной перспективе. Для таких людей даже короткий период интенсивной трудовой деятельности может иметь отложенные необратимые последствия.

В то же время, многие пожилые ощущают экономическую и социальную ущербность. Эмоциональный спад и упадок сил ограничивают возможности их участия в жизни социума. Заниженная самооценка не учитывает реального потенциала человека, который, опираясь на поддержку близких и государства, часто способен вести самостоятельную, духовно и материально сбалансированную жизнь, оставаясь авторитетным и полезным для близких членом общества.

Российское государство принимает на себя обязательства по социальной поддержке граждан старшего поколения [2, 5]. По мнению специалистов [6, 7], неблагоприятное влияние ассоциированных с возрастом хронических заболеваний на качество жизни пожилых людей в ряде случаев может быть устранено за счет профилактики. Психологическая и социальная поддержка способствует мобилизации внутренних ресурсов людей старших

возрастных групп и является наиболее экономичной и эффективной государственной стратегией, направленной на продление периода активного долголетия.

Создание системы комплексной медико-социально-психологической помощи гражданам старшего поколения должно стать одним из приоритетов государственной социальной политики. Ограниченность финансовых, технических и кадровых ресурсов требует внедрения персонифицированного подхода [1, 5] к предоставлению услуг социального профиля пожилым гражданам. Важной составляющей алгоритма оказания комплексной медико-социально-психологической помощи является комплексное обследование пожилого человека, включающее оценку его текущего психофизиологического состояния с использованием имеющихся справок и документов, условий жизнедеятельности, выявление ассоциированных с возрастом хронических заболеваний, оценку степени утраты пациентом способности к самообслуживанию. С учетом структуры и особенностей комплексного обследования авторы предлагают использовать для его позиционирования термин «интегральная оценка биопсихосоциального статуса пожилого человека». Результатом обследования должно стать формирование интегративного цифрового маркера, характеризующего нуждимость пациента в отдельных видах помощи. На его основе определяется состав персональных пакетов услуг медицинского, социального, психологического и образовательного профиля для каждого пациента.

Проблемы интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых граждан на примере Санкт-Петербурга

Задача выявления нуждемости пожилого человека в отдельных видах услуг решается за счет комплексного углубленного обследования основных систем организма, условий жизнедеятельности, психоэмоционального статуса, проведение которого требует привлечения медиков, психологов, социальных работников. Ведущая роль в нем возлагается на специалистов по гериатрии, количество которых ограничено в России и в большинстве стран Европы. Высокий уровень трудозатрат на углубленное обследование (1–3 ч), необходимость его периодического проведения (ежегодно) требует выбора эффективного алгоритма.

Рассмотрим возможности и перспективы тотальной интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых жителей на примере Санкт-Петербурга.

В ряде работ [6, 10, 12] показано, что с учетом демографических особенностей, наличия разветвленной сети профильных учреждений социальной защиты и здравоохранения, включая подразделения городской гериатрической службы [4], значительных наработок в сфере информационных, образовательных и геронтологических [8], кадрового и творческого потенциала федеральных и региональных медицинских центров, город имеет показатели, близкие к мегаполисам Западной Европы, и может рассматриваться как модельный регион.

Приведем показатели Санкт-Петербурга, наиболее значимые при рассмотрении проблемы обоснования алгоритма интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых людей:

- численность населения старших возрастных групп составляет около 1 млн 250 тыс. (более 25 % от общей численности взрослого населения) [11]; до 250 тыс. человек уже имеют статус гериатрических пациентов и не нуждаются в экстренном обследовании; оставшиеся 1 млн пожилых граждан желательно обследовать в течение периода не более 12 мес, так как в противном случае результаты утратят актуальность; в среднем интегральная оценка статуса занимает 2 ч рабочего времени специалиста; для обследования всех граждан потребуется 2 млн ч работы специалистов, имеющих подготовку по профилю «Гериатрия»;
- число амбулаторных подразделений городской гериатрической службы в Санкт-Петербурге составляет порядка 40 (при средней численности персонала медико-социальных отделений 10–15 человек), что существенно больше, чем в других субъектах РФ; за последние годы оно практически не менялось [4], но при острой необходимости может быть увеличено до 50; в настоящее время они работают с максимальной загрузкой, поэтому для обследования в каждом подразделении может быть выделено не более трех специалистов; проблема участия в обследовании психологов и социальных работников может решаться за счет привлечения персонала социальных центров, обслуживающих те же территории.

Расчеты показывают, что использование перечисленных ресурсов позволяет обследовать до 800 пожилых жителей в день (без учета фактора ограничения их мобильности по состоянию здоровья). Комплексное обследование 1 млн человек займет не менее 1 250 рабочих дней (реально до 2 000). С учетом выходных, полная длитель-

ность периода обследования составит 5–8 лет. Такой подход к интегральной оценке статуса для Санкт-Петербурга неприемлем: жизнь и здоровье значительной части граждан пожилого возраста подвергаются риску из-за отсутствия своевременного предоставления медицинской и социальной помощи, что подтверждается опытом преодоления пандемии [14].

Особенности психофизиологического состояния пожилых людей позволяют обосновать использование более сложного алгоритма интегральной оценки биопсихосоциального статуса, который предусматривает ранжирование обследуемых по степени снижения функций организма вследствие старения и развития ассоциированных с возрастом хронических заболеваний. Разделение процесса обследования на этапы позволяет снизить трудозатраты по оценке психофизиологического состояния для большей части пожилых людей (до 70%), не нуждающихся по состоянию здоровья в большинстве видов государственной социальной поддержки. В то же время, обеспечивается распределение нагрузки между большим количеством привлекаемых к процессу учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, с учетом профиля их деятельности, технических и кадровых возможностей. В частности, первичная оценка проводится учреждениями социальной защиты и здравоохранения амбулаторного уровня, углубленное обследование пациентов по выявленным возраст-ассоциированным заболеваниям — специализированными медицинскими центрами.

Организация интегральной оценки биопсихосоциального статуса граждан старшего поколения в Санкт-Петербурге

На рис. 1 показан алгоритм интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых людей,

предусматривающий обследование в три этапа, который разработан с учетом особенностей, технических ресурсов и потенциала Санкт-Петербурга.

- На первом этапе проводят скрининговое обследование всех пожилых граждан [9], которое занимает 0,2 ч на человека. Его выполняют медицинские и социальные работники в учреждениях амбулаторного уровня на территории проживания пожилых граждан, при необходимости — в домашних условиях, без привлечения специалистов-гериатров. Результатом обследования является бинарная оценка нуждаемости пожилого человека в постоянной государственной социальной поддержке. Как показывает практика, до 70% обследуемых, в первую очередь относящихся к категории «молодые пенсионеры», в такой поддержке не нуждаются. Остальные 30% направляют для дальнейшего гериатрического обследования в амбулаторные подразделения городской гериатрической службы.
- На втором этапе специалисты-гериатры проводят специальное гериатрическое обследование психофизиологического состояния нуждающихся в постоянной поддержке пожилых граждан для определения конкретных видов медицинской, социальной и психологической помощи. Процедура, получившая название «Комплексная гериатрическая оценка состояния пациента» (КГО), проводится в Санкт-Петербурге уже несколько лет, включает проведение батареи тестов [7] и занимает порядка 1 ч. В большинстве случаев анализ результатов КГО позволяет сформировать персональную карту услуг гериатрического пациента, включающую социальные, медицинские, психологические, образовательные услуги. В процессе КГО достаточно часто (около 10% от общего



Рис. 1. Алгоритм интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых людей

количество обследованных) у пациентов выявляют признаки ранее недиагностированных возраст-ассоциированных хронических инвалидирующих заболеваний. В этом случае подразделение гериатрической службы направляет пациента для продолжения обследования (на третьем этапе) в профильные медицинские центры, специализирующиеся на отдельных видах заболеваний (например, по профилю «Кардиология» или «Урология»).

- На третьем этапе на базе профильных медицинских центров проводится углубленное первичное обследование пациентов с использованием современных методов диагностики. При этом оценивают стадию заболевания и составляют прогноз. В персональную карту пациента включают рекомендации по мероприятиям, обеспечивающим выполнение особых условий лечения, профилактики и реабилитации по выявленному заболеванию, а также перечень необходимых мер социально-психологической поддержки (патронаж на дому, помещение в медицинские и социальные стационары и так далее).

Отметим, что формирование персональной карты гериатрического пациента, учитывающей результаты дополнительного медицинского обследования на третьем этапе, проводят исключительно подразделения Городской гериатрической службы.

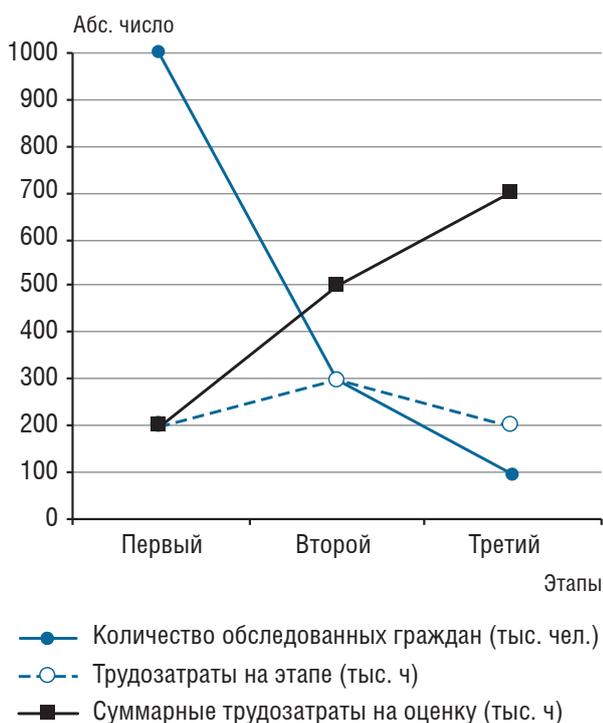


Рис. 2. Показатели интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых граждан в Санкт-Петербурге

Графики, приведенные на рис. 2, представляют динамику показателей, характеризующих интегральную оценку биопсихосоциального статуса пожилых граждан в Санкт-Петербурге в соответствии с предложенным алгоритмом: число обследованных граждан (тыс. человек), нагрузка на специалистов в процессе обследования на этапе (тыс. ч), суммарная нагрузка на специалистов при интегральной оценке (тыс. ч).

Анализ графиков показывает, что при указанных выше средних трудозатратах на обследование одного человека по этапам (ч), соответственно, 0,2 — на первом этапе; 1 — на втором и 2 — на третьем; при числе обследуемых (тыс. чел.), соответственно, 1000 — на первом этапе, 300 — на втором и 100 — на третьем, трудозатраты на обследование по этапам составят (тыс. ч): 200 — на первом этапе, 300 — на втором, 200 — на третьем. Тогда суммарные трудозатраты на интегральную оценку биопсихосоциального статуса по всей популяционной группе не превысят 700 тыс. ч, что почти в 3 раза ниже показателя варианта, не предусматривающего ранжирования обследуемых и разделения процесса на этапы (порядка 2 000 тыс. ч). При этом большая часть нагрузки — 400 тыс. ч — возлагается на учреждения здравоохранения и социальной защиты населения, не входящие в состав Городской гериатрической службы.

На первом этапе скринингового обследования — самом массовом — целесообразна оценка в максимально сжатые сроки для скорейшего выявления пациентов, остро нуждающихся в государственной помощи. Для достижения этой цели в городе может быть привлечено до 400 учреждений здравоохранения и социальной защиты амбулаторного уровня [8]. Профиль их работы и высокая численность персонала позволяют выделить для проведения тестов не менее двух специалистов, каждый из которых может за смену опросить до 20 человек с учетом выполнения санитарных требований и дополнительного времени, требуемого для подготовки к проведению теста. Тогда в течение одного дня выделенные учреждения смогут обследовать до 16 тыс. человек при суммарных трудозатратах 4,8 тыс. ч (12 ч на одно учреждение). Для скринингового обследования всей популяционной группы потребуется порядка 65 рабочих (90 календарных) дней, что представляется обоснованным и приемлемым.

Оценка длительности третьего этапа существенно затруднена, так как она коррелирована с техническими возможностями медицинских центров,

трудозатратами на углубленное обследование по отдельным нозологическим единицам, распределением количества обследуемых пациентов по последним, а также со степенью утраты пациентами способности к самообслуживанию, которое влияет на организацию обследования. Существенно, что в Санкт-Петербурге сегодня имеются профильные медицинские центры по всем основным группам возраст-ассоциированных хронических заболеваний, причем их технический потенциал позволяет обеспечить углубленное обследование всех выявленных на втором этапе нуждающихся гериатрических пациентов (по профилям «Кардиология», «Урология», «Психиатрия» и т.д.). Оно может проводиться в плановом порядке, без привлечения специалистов городской гериатрической службы. Результаты обследования используют для дополнения персональных карт услуг пациентов с учетом необходимости дальнейшего лечения и профилактики выявленных заболеваний.

Амбулаторные подразделения гериатрической службы обеспечивают проведение второго этапа обследования в формате КГО психофизиологического состояния пациента (требует порядка 1 ч рабочего времени двух специалистов). При мобилизации имеющихся ресурсов (см. выше) для обследования 300 тыс. человек амбулаторным подразделениям гериатрической службы потребуется порядка 300–350 рабочих дней, то есть немногим более календарного года.

Оценивая эффективность представленного алгоритма, важно отметить, что он позволяет существенно сократить время, затрачиваемое подавляющим большинством обследуемых пожилых граждан (порядка 700 тыс. человек), для которых интегральная оценка статуса ограничивается разовым посещением поликлиники или социального центра на первом этапе. Оно также может быть совмещено с другими плановыми мероприятиями, например с диспансеризацией или получением необходимых справок. Обследование оставшихся 300 тыс. человек, отнесенных к группе гериатрических пациентов, продолжается на втором этапе в подразделениях гериатрической службы. Усложнение процедуры компенсируется повышением качества обследования за счет привлечения в необходимых случаях специалистов по возраст-ассоциированным заболеваниям.

Представленный алгоритм интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых граждан приемлем для Санкт-Петербурга с точки зрения возможного использования технических и кадро-

вых ресурсов действующих учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, он отвечает требованиям по качеству и общей продолжительности. Однако его реализация невозможна без обеспечения системной поддержки оказания комплексной медико-социально-психологической помощи пожилым гражданам.

Влияние составляющих системной поддержки на реализацию алгоритма интегральной оценки статуса пожилых граждан

Системная поддержка оказания комплексной медико-социально-психологической помощи пожилым гражданам [9] является ключевым фактором, обеспечивающим объединение ресурсов и межведомственную координацию работы государственных учреждений, а также привлечение негосударственных структур и добровольцев. Влияние отдельных составляющих системной поддержки проявляется на всех стадиях процесса оказания комплексной помощи (рис. 3) — от «оценки нуждаемости» в социальных, медицинских и психологических услугах до «мониторинга эффективности» их предоставления, выработки решений на коррекцию персональных пакетов услуг с учетом текущего изменения психофизиологического состояния гериатрических пациентов.

При интегральной оценке биопсихосоциального статуса крупной популяционной группы граждан старшего поколения (в нашем случае до 1 000 тыс. человек) на территории крупного региона следует учитывать ряд важных факторов.

С учетом добровольности участия пожилых граждан в обследовании, полный охват популяционной группы на практике невозможен в силу ряда объективных (организационно-технических) и субъективных (личное отношение граждан к процедуре) причин. Опыт реализации пилотных проектов в 2019–2020 гг. [8] свидетельствует о возможности охвата до 60–70 % от зарегистрированного контингента пожилых граждан. Уменьшение числа обследуемых пропорционально снижает нагрузку на учреждения здравоохранения и социальной защиты населения, участвующие в интегральной оценке статуса.

Обеспечение максимального охвата пожилых граждан процедурой оценки требует информационного сопровождения процесса на всех этапах (информационная составляющая системной поддержки). Оно включает информирование граждан о целях, условиях, задачах, местах проведения скринингового обследования, организационно-

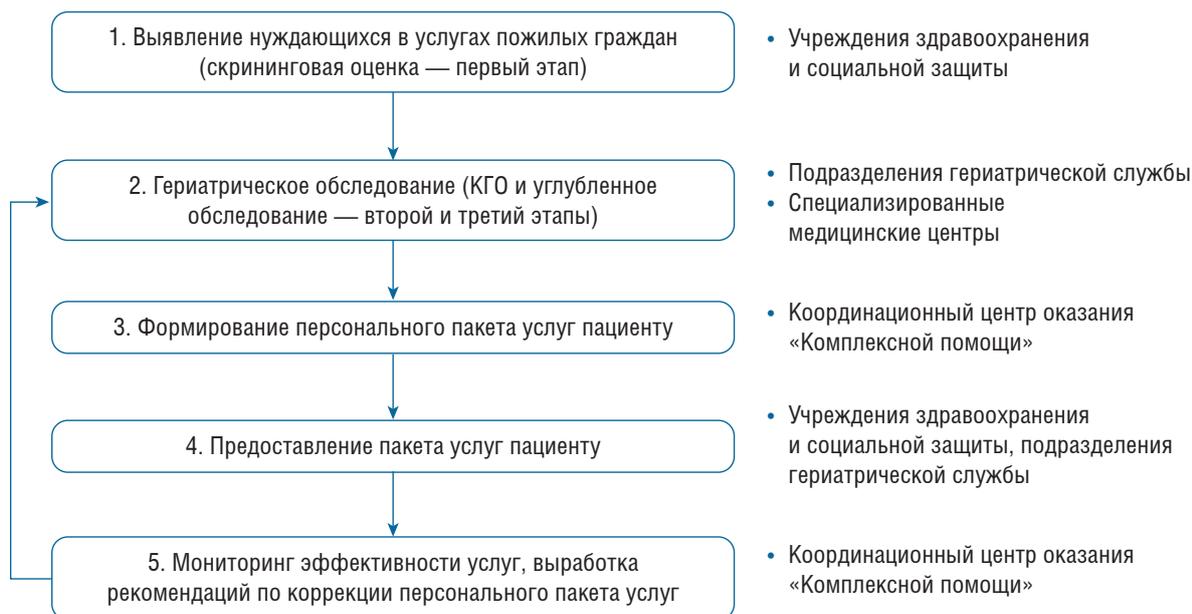


Рис. 3. Алгоритм оказания «Комплексной помощи гражданам старшего поколения»

технических аспектах процесса, а также убеждение пожилых людей в необходимости обследования, оправданности затрат времени и сил для посещения социального центра либо поликлиники.

При разработке кампании информационной поддержки следует учитывать ограниченную информационную доступность большинства пожилых граждан, их консервативно-настороженное восприятие любой новой информации. Возможный путь решения проблемы — органичное сочетание элементов информирования и убеждения, опора на авторитет государства, привлечение к агитации любимых и уважаемых артистов старшего поколения, известных ученых, авторитетных общественных деятелей, использование механизмов сетевого маркетинга в процессе межличностного общения внутри популяционной группы. Для информационной поддержки может быть использовано распространение печатных материалов (до 2 млн экземпляров, включая листовки и периодические издания), выпуск специальных радио- и телевизионных передач (из расчета 3–4 передачи в статусе социальной рекламы) на официальных государственных каналах, размещение плакатов и баннеров (до 1 тыс. штук на регион) в местах, массово посещаемых пожилыми гражданами (поликлиники, социальные центры, почтовые отделения и филиалы Сбербанка, общественный транспорт и так далее), привлечение ветеранских, добровольческих и общественных организаций.

Массовое обследование требует четко спланированной подготовки персонала привлекаемых учреждений здравоохранения и социального об-

служивания. Профессиональный отбор и дополнительное обучение персонала может представлять значительные сложности с учетом ведомственной разобщенности, большого количества привлекаемых специалистов, необходимости выполнения ими в процессе обследования единых стандартов и процедур независимо от уровня квалификации, места и условий работы (кадровая и образовательная составляющая системной поддержки).

К интегральной оценке биопсихосоциального статуса пожилых граждан в Санкт-Петербурге могут быть привлечены (с учетом сменной работы):

- на первом этапе — до 2 тыс. медиков и социальных работников (по 5 человек от 400 учреждений здравоохранения и социального обслуживания с учетом подмен);
- на втором этапе — до 250 медицинских сестер гериатрического профиля (по 5 человек от 50 подразделений гериатрической службы);
- на третьем этапе — до 250 врачей и медицинских сестер — работников специализированных медицинских центров.

Основные задачи, решаемые этими специалистами в процессе обследования пожилых граждан:

- обеспечение конструктивного взаимодействия специалиста с обследуемым пожилым человеком;
- тестирование в соответствии с установленными рекомендациями и протоколами;
- генерирование учетных записей в базе данных и передача их в единый межведомственный информационный центр (см. рис. 3) для дальнейшего принятия решения о продолжении обслед-

дования и формирования персональной карты услуг пациента.

Для решения каждой из этих задач необходимо дополнительное профессиональное обучение специалистов [15] (ознакомительный курс профессиональной ориентации в объеме 16 учеб. ч).

Необходимо обратить особое внимание на профессионально-личностный отбор персонала (особенно на первом этапе), чтобы обеспечить их конструктивное взаимодействие с пожилыми людьми в процессе обследования. Негативная реакция пациента на специалиста, обусловленная его возрастными психофизиологическими особенностями, может привести к отказу от сотрудничества, что является фактором риска, если пациент страдает от ассоциированных с возрастом хронических заболеваний.

Важным направлением дополнительной подготовки персонала является обучение работе с базами данных граждан старшего поколения. Некорректная учетная запись приводит к искажению персональной карты услуг пациента. Единая межведомственная информационная система должна обеспечивать взаимодействие учреждений и организаций в ходе интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых граждан на территории региона (информационно-технологическая составляющая системной поддержки):

- на первом этапе — формирование в учреждениях, проводящих скрининговое обследование, учетных записей по каждому выявленному гериатрическому пациенту, передача их в подразделения гериатрической службы амбулаторного уровня;
- на втором этапе — дополнение учетных записей пациентов по результатам КГО в подразделениях гериатрической службы, формирование на основе учетных записей персональной карты услуг, при необходимости — направление электронных заявок на дополнительное обследование в специализированные медицинские центры;
- на третьем этапе — дополнение учетных записей пациентов по результатам их дополнительного медицинского обследования, проведенного в специализированных медицинских центрах, направление результатов обследования в подразделения гериатрической службы для внесения дополнений в персональную карту услуг.

В настоящее время в Санкт-Петербурге учреждения системы здравоохранения и социальной защиты населения используют различные ведомственные информационные системы (ЕГИЗ и

социальный регистр населения). Подходы к созданию электронного Регистра граждан старшего поколения (объемом до 1 500 тыс. учетных записей пациентов) не сформированы, в частности из-за отсутствия четкой мотивации его необходимости.

Заключение

Оценка биопсихосоциального статуса пожилых людей не может рассматриваться в отрыве от создания системы комплексной медико-социально-психологической помощи указанной категории граждан. Вопрос о ее целесообразности — социально-нравственный, хотя при решении должны учитываться экономические и технические аспекты.

Сегодня, как правило, государственные медицинские и социальные услуги в первую очередь получают не те пожилые люди, которые в них остро нуждаются, а пенсионеры с минимальной потерей (либо без таковой) способности к самообслуживанию. Такая ситуация вполне устраивает многих работников социальной сферы и даже удобна им с точки зрения отчетности и затрат. Отказ от выявления пожилых граждан, остро нуждающихся в медицинской, социальной и психологической помощи, имеет следствием, по сути, дискриминацию этих людей, страдающих от ассоциированных с возрастом хронических заболеваний. Он противоречит положениям Мадридского международного Плана действий по вопросам старения [13] и указаниям президента России В. В. Путина [1, 3].

Результаты проведенного анализа на примере Санкт-Петербурга показывают, что задача организации массовой интегральной оценки биопсихосоциального статуса пожилых граждан на территории отдельного субъекта РФ может быть решена с использованием имеющихся технических, кадровых и финансовых ресурсов. Ее реализация требует административных решений на федеральном и региональном уровнях, мобилизации и реформирования деятельности значительной части учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, не входящих в состав гериатрической службы, в рамках создания системы комплексной медико-социально-психологической помощи гражданам старшего поколения.

Интегральная оценка биопсихосоциального статуса пожилых граждан в масштабах города требует реализации составляющих системной поддержки, мобилизации специалистов и ресурсов, привлечения дополнительного финансирования. В настоящей публикации охарактеризована роль отдельных составляющих системной поддержки,

в частности информационно-просветительской, образовательной, кадровой, информационно-телекоммуникационной, сформированы требования по проведению комплекса поддерживающих мероприятий. Рассмотренная модель может дорабатываться в ходе планирования и создания системы комплексной медико-социально-психологической помощи гражданам старшего поколения с учетом местных особенностей. Целесообразны отработка и коррекция процедуры интегральной оценки статуса в рамках реализации пилотных проектов на территории отдельных административных районов и микрорайонов.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Комплекс поручений Президента РФ от 09.09.2014 № Пр-2159, выпущенных по итогам проведения в августе 2014 г. Президиума Госсовета России, посвященного развитию системы социальной защиты граждан пожилого возраста.
2. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 № 164-р «Об утверждении Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
3. Указ Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации до 2024 г.».
4. Отчеты о работе СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр» за 2013–2019 гг. <http://gerdoctor.ru/>
5. Анисимов В.Н., Серпов В.Ю., Финагентов А.В., Хавинсон В.Х. Новый этап развития геронтологии и гериатрии в России: проблемы создания системы гериатрической помощи. Часть 1. Актуальность, нормативная база // Успехи геронтол. 2017. Т. 30. № 2. С. 158–168.

6. Анисимов В.Н., Серпов В.Ю., Финагентов А.В., Хавинсон В.Х. Новый этап развития геронтологии и гериатрии в России: проблемы создания системы гериатрической помощи. Часть 2. Структура системы, научный подход // Успехи геронтол. 2017. Т. 30. № 4. С. 486–497.

7. Анисимов В.Н., Бордовский Г.А., Финагентов А.В., Шабров А.В. Государственная поддержка граждан старшего поколения: какая гериатрия нужна современной России? // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 4. С. 625–645.

8. Анисимов В.Н., Редько А.А., Финагентов А.В. и др. Создание региональной системы оказания комплексной медико-социальной помощи гражданам старшего поколения: опыт Санкт-Петербурга // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 5. С. 809–824.

9. Анисимов В.Н., Редько А.А., Финагентов А.В. и др. Системная поддержка повышения качества жизни граждан старшего поколения в России: проблемы и перспективы // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 5. С. 825–837.

10. Мякотных В. С. О состоянии и перспективах геронтологии и гериатрии в регионах России (на примере Свердловской области) // Успехи геронтол. 2018. Т. 31. № 6. С. 825–832.

11. Перова И.Л., Келасьев В.Н. Пожилые и государство: специфика взаимоотношений в современной России на примере пожилых жителей Санкт-Петербурга // Успехи геронтол. 2017. Т. 30. № 6. С. 794–801.

12. Серпов В.Ю. Развитие гериатрической службы в России: опыт Санкт-Петербурга // Вестн. Росздравнадзора. 2016. № 4. С. 36–42.

13. Сидоренко А.В. Мадридский международный план действий по проблемам старения: адаптация к стареющему обществу // В сб.: Социальное обслуживание граждан пожилого возраста и инвалидов трудоспособного возраста. СПб.: СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр „Семья“», 2019. С. 33–44.

14. Сидоренко А.В., Голубев А.Г. Теория и практика старения в условиях пандемии COVID-19 // Успехи геронтол. 2020. Т. 33. № 2. С. 497–408.

15. Советкина Н.В., Финагентов А.В. Россия нуждается в развитии гериатрии: размышляя над статьей В.С. Мякотных // Успехи геронтол. 2018. Т. 31. № 1. С. 73–74.

Поступила в редакцию 20.05.2021

После доработки 20.05.2021

Принята к публикации 30.05.2021

Adv. geront. 2021. Vol. 34. № 4. P. 499–506

V.N. Anisimov¹, O.N. Ergashev², A.V. Finagentov³, V. Kh. Khavinson⁴

INTEGRAL ASSESSMENT OF THE BIOPSYCHOSOCIAL STATUS OF OLDER CITIZENS AND IMPLEMENTATION OF THE SYSTEMIC SUPPORT COMPONENTS

¹ N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, 68 Leningradskaya str., Pesochnyi, St. Petersburg 197758, e-mail: aging@mail.ru; ² I.P. Pavlov First Saint-Petersburg State Medical University, 6–8 Lev Tolstoy str., St. Petersburg 197022, e-mail: ergashev@mail.ru; ³ North-West Institute of Geriatrics and Medical Social Design, 118A lit. L nab. Obvodnogo kanala, St. Petersburg 190005, e-mail: szipc@mail.ru; ⁴ Saint-Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, 3 pr. Dinamo, St. Petersburg 197110, e-mail: ibg@gerontology.ru

The article discusses the problems of determining the need of citizens of older age groups in complex medical, social and psychological assistance in the framework of the implementation of a personalized approach to the service provision. The concept of an integral assessment of the biopsychosocial status of older citizens has been introduced. Based on the ranking of subjects according to the degree of decrease in body functions due to ageing and the development of age-associated diseases, an algorithm for the implementation of the assessment has been proposed. The possibility of using this algorithm has been substantiated, and its features have been shown on the example of St. Petersburg as a model region, taking into account its technical, personnel and organizational potential. The requirements for the implementation of the systemic support components for the provision of comprehensive medical, social and psychological assistance to senior citizens in the process of organizational and technical support for an integrated assessment of their biopsychosocial status have been defined.

Key words: quality of life of older persons, integral assessment of the biopsychosocial status of older persons, screening examination, comprehensive geriatric assessment of a patient's condition, age-associated chronic diseases, socialization of older persons, components of systemic support for the provision of comprehensive medical, social and psychological assistance to older persons